

## Groupe d'intérêt des cliniques pédiatriques

Christoph Stüssi, Münsterlingen; Johannes Wildhaber, Fribourg

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Lors des séances entre le 25.01.2015 et le 26.01.2016 ont été abordés les sujets suivants:

### 1. Financement DRG des cas de protection de l'enfant et de psychosomatique

Anorexie et troubles psychosomatiques seront mis à niveau dans DRG 2016. Plusieurs cliniques facturent d'après les forfaits par jour, lorsqu'elles figurent, avec des lits de pédopsychiatrie, sur la liste hospitalière de leur canton, qu'elles disposent des infrastructures adaptées et qu'il en résulte une convention de prestation avec le canton. Les forfaits par jour couvrent tout juste les coûts. Les institutions ne disposant pas d'une telle convention ont dû fermer des services fonctionnant parfaitement et indispensables dans le paysage hospitalier suisse. Certaines cliniques obtiennent des subsides pour les patients psychosomatiques/psychiatriques, les procédures sont néanmoins compliquées.

Il n'existe aucune clinique pédiatrique en Suisse qui ne prend/ne doit prendre en charge des patients psychosomatiques; ces patients sont une partie intégrante de la pédiatrie.

Le GI constate que la couverture intégrale des coûts est une nécessité évidente: dans les négociations avec TarPsy la position pédiatrique doit être intégrée dans le sens de la fPmh, avec l'objectif d'accroître le nombre de lits pédopsychiatriques dans les cliniques pédiatriques. Il faut une délimitation claire d'une part de la psychiatrie adulte et d'autre part des cliniques/hôpitaux pédopsychiatriques qui ne peuvent tout simplement pas accomplir entièrement cette tâche: de nombreux patients nécessitent des investigations très étendues et souffrent de maladies somatiques trop sévères pour être pris en charge dans une institution purement pédopsychiatrique. Les hospitalisations socio-pédiatriques, destinées entre autres à protéger l'enfant, sont toujours et encore un problème. Pour ces situations il n'existe pas non plus de modèle de rétribution couvrant les coûts; souvent les communes passent à la caisse et les forfaits journaliers ne couvrent qu'environ la moitié des coûts.

### 2. Psychosomatique et pédopsychiatrie dans les cliniques pédiatriques – TarPsy à partir probablement du 01.01.2018

Jürg Unger est le représentant de la pédopsychiatrie dans le groupe de travail TarPsy; il nous démontre que la rétribution selon DRG pour les problématiques et les diagnostics (pédo)psychiatriques est inappropriée. Une voie pour le codage psychiatrique, présentée début février 2016, contient une structure simple et praticable, composée d'environ 30 tarifs. Les forfaits journaliers resteront à la base du système de rétribution, éventuellement avec des gradations. Lorsqu'une hospitalisation psychiatrique s'avère nécessaire pour un patient pédiatrique, elle dure nettement plus longtemps que chez l'adulte (p.ex. anorexie). Une problématique supplémentaire constitue la scolarisation (spécialisée) de ces patients: une école à l'hôpital n'est pas une école normale et l'absence de scolarisation spécialisée ne ferait qu'augmenter la part des coûts pour l'assurance de base. Un groupe de travail a été constitué afin d'élaborer des propositions à l'intention de SwissDRG pour la prise en charge des coûts par TarPsy ou DRG. Le calcul analytique «propre» des supports de coûts, permettant de distinguer les coûts des patients DRG de ceux des patients TarPsy, est la base pour la prise en considération des données des cliniques pédiatriques. Aux yeux du GI le droit d'appliquer ces tarifs représente un véritable casse-tête pour les cliniques pédiatriques. Il constate la nécessité claire d'intégrer la problématique des tarifs et des infrastructures concernant ces patients, en tant que position pédiatrique, dans les négociations TarPsy (SSP -> fPmh -> GT TarPsy). Cela nécessite une délimitation claire de la psychiatrie adulte d'une part et des hôpitaux/cliniques spécialisés en pédopsychiatrie d'autre part: il est absolument évident que de nombreux patients nécessitent soit des investigations interdisciplinaires très larges, soit sont trop malades pour être pris en charge dans une institution purement pédopsychiatrique. Outre TarPsy il sera important de soigner aussi le MDC19 (DRG psychiatrique) afin que les prestations y soient correctement reproduites.

### 3. Soins palliatifs

Le certificat de capacité en soins palliatifs est en consultation. Les pédiatres FMH pourront également l'acquérir. La conduite de soins palliatifs pédiatriques est très différente de la médecine adulte. En pédiatrie sont toujours impliqués des spécialistes avec une formation approfondie, p. ex. cardiologue pédiatre, néonatalogue, oncologue pédiatre. Le GI est préoccupé de l'évolution actuelle et est de l'avis que les soins palliatifs doivent être possibles et être effectués en principe en proximité du domicile voire, dans la mesure du possible, à domicile, et par les disciplines pédiatriques déjà impliquées dans le traitement, sans changer de médecin et d'institution. Le GI souhaite que cette problématique soit clarifiée dans le cadre de la commission de formation postgraduée de la SSP.

### 4. Révision Tarmed

Heini Haldi présente la situation actuelle de la révision du tarif Tarvision. Les préparations ont débuté en 1996, le GRAT a été introduit en 2000 et le Tarmed avec neutralité des coûts en 2004. Or le Contrôle fédéral des finances a constaté, en 2010, que le Tarmed était désuet et que les différences d'indemnisation entre les groupes de médecins n'ont pas, comme il était envisagé, diminué mais ont au contraire augmenté. Mais une fois de plus l'objectif fixé ne peut être atteint: dès maintenant (version 43) la nouvelle nomenclature est limitée aux tarifs ambulatoires, les tarifs hospitaliers ne font plus partie du mouvement. La fixation de la valeur des points se fera «plus tard», ce qui rend difficile le respect des principes de base, entre autre de l'économicité. Le déroulement est très politique et le danger existe que le Conseil fédéral fixe un tarif plus bas, réalisant ainsi des économies sur les dos des enfants et adolescents. Le risque existe que des prestations de base soient rétribuées à un tarif nettement en dessous de l'actuel (valeur intrinsèque 3 niveau «Eurodoc» avec 3 ans de formation postgraduée et non plus valeur intrinsèque 5 niveau médecin spécialiste). C'est la raison pour laquelle le groupe de travail estime que le chapitre 30 «Enfants et adolescents» est nécessaire – tout en cherchant à le simplifier. Le GI constate: l'indemnisation pour enfants et adolescents doit se situer 20-25% au-dessus de celle pour adultes. Les pédiatres sont, avec leurs compétences, des spécialistes avec une valeur intrinsèque élevée, et non pas de médecins de premier recours – leur valeur intrinsèque doit donc rester au

niveau spécialiste et l'indemnisation doit être celle d'un spécialiste. De leur côté les hôpitaux doivent chiffrer précisément les coûts en personnel et en infrastructures (p.ex. surfaces plus grandes, personnel plus nombreux, équipements plus étoffés pour les différents groupes d'âge) et expliquer les raisons des charges supplémentaires aux décideurs. Cela représente, entre autres, beaucoup d'investissement de nos délégués pour le lobbying.

### 5. Représentation commune des préoccupations et intérêts de tous les hôpitaux/cliniques pédiatriques suisses (proposition comité/mission présidente SSP)

Une première réunion commune prévue est proposée avec les représentants des cliniques lors d'un prochain congrès SSP, avec entre autres comme sujets: tarifs pédiatriques, représentation professionnelle des cliniques et des praticiens; promotion de la relève et formation de cadres dans les cliniques pédiatriques; collaboration en réseaux, profitable à tous, entre cliniques universitaires et les autres cliniques, petites et grandes; expérience de spécialistes, dans les cliniques universitaires (6-12 mois), en faveur d'une formation très large de cliniciens dans les cliniques non-universitaires.

### 6. DRG, traitements complexes et SwissDRG

Une délégation du GI a rencontré les responsables de SwissDRG. Des thèmes prioritaires doivent être sélectionnés annuellement – p.ex. 2015 néonatalogie, 2016 codes complexes – et les codes complexes doivent être codés (!). D'ici à 2-3 ans seront ainsi disponibles des données suffisantes étayant les codes complexes, qui deviendront alors effectifs. Des modèles se trouvent sur le site de SwissDRG et sont disponibles aussi de la part de certaines cliniques. Un mode d'emploi pourra être publié dans Paediatrica. Michele Losa reste délégué DRG de la SSP et donc coordinateur DRG; il dirigera le groupe de travail nouvellement constitué avec un nouveau mandat officiel. Le comité SSP soutient le lobbying nécessaire. Comme jusqu'ici, tout hôpital peut présenter des demandes à SwissDRG mais les initiatives isolées de cliniques n'ont pas abouti aux résultats escomptés. Afin d'être efficaces, une bonne coordination et des demandes communes sont nécessaires. Pour 2016 persiste, malgré les nombreuses adaptations de cost-weights, une sous-cou-

verture dans de nombreux domaines, notamment en néonatalogie: les «coûts par cost-weight 1.0» ont été calculés et comparés dans 4 hôpitaux, aboutissant à un coût très concordant de CHF 13'700 à 13'900 par cost-weight 1.0. Avec une base rate de CHF 9500 cela signifie par cost-weight 1.0 un déficit d'environ CHF 4000 par cas – pour un cost-weight 2.5 donc environ CHF 10'000. Cela démontre l'importance de soumettre des demandes claires et la nécessité de coordination entre les cliniques/hôpitaux, afin que les traitements tout autant que les ressources financières soient gérés de manière optimale pour tout le monde.

### 7. Intermediate care

Le comité a nommé en la personne de Juan Llor un deuxième représentant de la SSP dans le groupe de travail Intermediate Care (IMC) de la Société suisse de médecine intensive. Concernant l'IMC néonatalogique la règle vaut que les services de néonatalogie de niveau IIIb reconnues par la Société suisse de néonatalogie/CANU sont aussi des centres d'IMC pour la néonatalogie.

Toute clinique/hôpital peut demander la reconnaissance de son IMC. Les exigences actuelles ne reflètent que partiellement les besoins des enfants et adolescents et des cliniques/hôpitaux les prenant en charge, notamment pour les très petits enfants avec un besoin d'IMC de 35% lors d'hospitalisations. Le GI propose d'établir un appendice pédiatrique au règlement actuel de la SSMI pour la reconnaissance des IMC; les représentants de la SSP présenteront cette proposition au groupe de travail de la SSMI.

### 8. Services d'urgences: coopération pédiatres praticiens et cliniques pédiatriques

Le concept du service d'urgence rive gauche du Lac de Zurich/Hôpital Triemli a été présenté. Les 18 pédiatres de cette région ont créé une organisation de service d'urgence avec prise en charge dans les cabinets privés et un numéro d'urgence pédiatrique 24/24h payant. Le soir après 22 h les appels sont déviés sur la clinique pédiatrique de l'hôpital Triemli. L'expérience montre que les distances ne sont pas trop longues pour les parents et que les cabinets sont trouvés facilement. Pendant la journée les cabinets de garde ne reçoivent que peu d'appels d'urgence, la plupart des enfants étant pris en charge par leur pédiatre; les consultations se déroulent comme auparavant.

### 9. Réseaux à partir du centre de compétence – comment les cliniques universitaires/centrales ou régionales profitent de réseaux?

Les anciens réseaux amicaux entre cliniques plus petites et plus grandes et leurs spécialistes ont été remplacés, notamment dans le cadre de la médecine hautement spécialisée, par une concurrence entre les cliniques, surtout entre les cliniques universitaires et les autres cliniques. Il existe toujours un nombre non négligeable de réseaux, et de nouveaux se créent. La plupart sont organisés au niveau cantonal ou régional/supra-cantonal et remplissent des mandats de prise en charge locaux. Le GI est de l'avis que toutes les cliniques – petites, grandes, universitaires – ont besoin et profitent réciproquement de partenaires. Les cliniques universitaires sont manifestement disposées à cette démarche, comme l'illustrent les contrats de coopération et les réseaux établis.

### 10. Enfants et adolescents hospitalisés dans un état de sous-alimentation

Cette problématique a été étudiée, à la demande de la SSP, par un groupe de travail des gastroentérologues pédiatres et définie par un score pouvant être utilisé de manière DRG-pertinente. Trois questions permettent de dépister la sous-alimentation lors de l'admission à l'hôpital et de la traiter (de manière rentable). Une publication dans Paediatrica est prévue.

### Correspondance

[christoph.stuessi@stgag.ch](mailto:christoph.stuessi@stgag.ch)

[johannes.wildhaber@h-fr.ch](mailto:johannes.wildhaber@h-fr.ch)